

Проф. Ю.Б. Мартов, доц. Г.М. Галушков,  
канд. мед. наук О.М.Васильев, В.Ю.Мартов,  
канд. мед. наук С.Г. Подолинский,  
А.Т. Шастный, Н.И. Пискунович,  
Г.Ф. Лавринович, В.Г. Михальченко,  
А.Л. Горбуков, Ю.В.Стецук,  
И.И. Плавинская, М.В. Сазонов,  
А.И. Костюченко.

## **ВЫБОР ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ**

Клиника хирургической панкреатологии  
(руководитель - профессор Ю.Б. Мартов)  
Витебского государственного мединститута  
на базе стационара ТМО-4 г. Витебска  
(главрач - В.В. Батов).

Анализируются результаты лечения 97 больных с острым деструктивным панкреатитом за период с 1972 по 1997 год. Авторы считают необходимым ограничить показания к оперативным вмешательствам в фазе некроза и асептической секвестрации. Ситуацией, служащей к операции в этот период, служит нарастание механической желтухи при вклиненном камне папиллы и нарушении проходимости вирсунгова протока - при невозможности выполнить эндоскопическую папиллотомию, и сочетание деструктивного панкреатита и деструктивного холецистита. С целью борьбы с выраженной эндогенной интоксикацией широко применяется экстракорпоральная детоксикация, в частности гемосорбция на биоспецифическом антипротеазном сорбенте "Овосорб"; для купирования пареза кишечника используется продленная перидуральная анестезия. Избранная консервативная тактика позволила значительно снизить летальность у данной категории больных: за период 1996-97 года оперировано 20% пациентов, летальность составила 13%.

Острый деструктивный панкреатит - одно из наиболее тяжелых заболеваний. В структуре смертности от острой хирургической патологии органов брюшной полости он занимает первое место, опережая острый холецистит, ущемленную грыжу, острый аппендицит, кишечную непроходимость и прободную гастродуоденальную язву. Причем заболеваемость острым панкреатитом не имеет тенден-

ции к уменьшению, а доля деструктивных его форм даже возрастает и колеблется от одной четверти (Ю.М. Панцырев и соавт., 1986) до одной трети (И.С. Белый и соавт., 1986).

Если при остром отечном панкреатите общепринятым является консервативное лечение, то выбор оптимальной лечебной тактики при панкреонекрозе до сих пор является предметом спора. Ряд авторов настаивает на широком применении "ранних" операций, объем которых варьирует от секвестрэктомии до панкреатодуоденэктомии (А.А. Шалимов и соавт., 1984). Но большинство авторов сходится на более сдержанном подходе к вмешательствам до развития вторичных гнойных осложнений. "Современная комплексная диагностика панкреонекроза, лапароскопическое дренирование брюшной полости при ферментативном перитоните и холецистэктомия при билиарной гипертензии позволяют максимально уменьшить число операций в ранние сроки заболевания, так как они резко утяжеляют состояние больных и сопровождаются наиболее высокой летальностью. Раннее оперативное вмешательство оправдано только у больных с высоким риском развития тяжелых осложнений и летального исхода, о котором свидетельствует неэффективность интенсивной терапии в течении 48-72 часов от начала ее проведения..." (В.С. Савельев и соавт., 1988).

С.А. Шалимов и соавт. (1990) считают показанием к операции в первые 10 суток с момента заболевания нарастание клиники перитонита, развитие острой сердечно-сосудистой или почечной недостаточности, несмотря на адекватную медикаментозную терапию, нарастание желтухи при невозможности устранить ее методом эндоскопической папиллотомии, а также неэффективность консервативных мероприятий в течении 1-2 суток у больных с приступом желчекаменной болезни, нарушением проходимости вирсунгова протока и с кистами поджелудочной железы.

Неудовлетворенность результатами лечения больных с острым деструктивным панкреатитом заставляла искать новые методы консервативного лечения. О применении методов экстракорпо-

ральной детоксикации при панкреонекрозе сообщали Ю.М. Лопухин и М.Н. Молоденков (1986), Н.А. Лопаткин и Ю.М. Лопухин (1989), Р.Т. Панченков и соавт. (1982). Ю.А. Нестеренко и соавт. (1986) разработали методику внутриартериального (в чревный ствол) введения 5-фторурацила 5 мг/кг; при внутриаортальном введении доза препарата увеличивается до 10 мг/кг, а при внутривенном введении увеличивается еще в два раза. Неэффективность консервативного лечения и необходимость неотложного оперативного вмешательства отмечена у 20% больных с острым деструктивным панкреатитом; большая часть из них поступила поздно. Решение об операции чаще принимали на 2-3 неделе болезни, когда становилась очевидной неэффективность внутриартериальной антибиотикотерапии. Объем операции - удаление детрита и секвестров, ревизия прилежащей околопанкреатической клетчатки, дренирование сальниковой сумки и вскрытых гнойных очагов. Авторы заключают, что оперативному лечению должны подвергаться больные с гнойными осложнениями заболевания; холедохолитиазом, вызвавшим панкреатит; кровотечением из язв желудка и двенадцатиперстной кишки и аррозированного сосуда.

В.И. Филин и соавт. (1994) выделяют

1) ранние операции (в первые часы и дни от начала заболевания, в период отека или некроза паренхимы поджелудочной железы),

2) операции в фазе расплавления и секвестрации некротических очагов поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки на фоне выраженной эндогенной интоксикации или в условиях гнойно-гнилостной инфекции - на 7-14 сутки и позднее от начала заболевания, и

3) поздние (отсроченные) операции, выполняемые в период реституции на фоне стихания или ликвидации острых воспалительных изменений в железе (через 2-3 недели). Ранние операции направлены на ликвидацию разлитого перитонита и оментобурсита, уменьшение отечно-воспалительных изменений в забрюшинной клетчатке и в самой железе, а также на снятие гипертензии в желчевыводящих и панкреатических протоках. По мнению авторов, в фазе расплавления

и секвестрации в операции нуждаются практически все больные.

В.Н. Лекторов (1995) наблюдал 96 больных с острым деструктивным панкреатитом с 1984 по 1995 год, у которых применял активно-выжидательную тактику. Оперирован 71 % больных из-за неэффективности консервативных мероприятий и развития вторичных гнойных осложнений, а также из-за диагностических ошибок. В комплекс лечения он включал длительную регионарную внутриартериальную (в правую желудочно-сальниковую артерию) инфузию специальных лекарственных "коктейлей". Летальность составила 24,5%.

В то же время по данным Т.Н. Чудаковой, В.В. Кирковского и соавт. (1995), диагностическая и лечебная лапароскопия в первые трое суток с момента поступления, во время которой выполняется аспирация жидкости из брюшной полости и дренируются боковые каналы и зона Винслова отверстия, мощная эфферентная терапия и катетеризация чревного ствола с введением цитостатиков и других лекарственных веществ по специальной схеме позволила им избежать хирургических вмешательств и улучшить результаты лечения больных данной категории.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Нами анализируются результаты лечения 97 пациентов с острым деструктивным панкреатитом (ОДП). В большей части это были больные трудоспособного возраста (средний возраст 39,5 лет, диапазон от 15 до 84 лет), женщин было 30, мужчин - 67. У 32 больных (33%) ОДП сочетался с желчекаменной болезнью. В лечении этих больных можно выделить два периода: период до 1991 года, когда мы не применяли методы лапароскопии, УЗ диагностики и экстракорпоральной детоксикации, и 1992-97 годов.

В 1972-91 годах в клинике общей хирургии оперировано 53 больных с ОДП: 15 женщин и 38 мужчин. Диагноз основывался на клинических данных, лабораторных показателях и подтверждался интраоперационно. В зависимости от сроков проведения операции эти боль-

ные нами разделены на две группы: 37 пациентов, которые были оперированы в первые трое суток от начала заболевания, и 16 пациентов, прооперированных в поздние сроки (8-12 суток) по поводу гнойно-септических осложнений ОДП. Учитывая ограниченные возможности диагностики ОДП в этот период больным, которым удалось провести консервативно, выставлялся диагноз отека поджелудочной железы.

В 1992-97 годах в клинике хирургической панкреатологии по поводу ОДП лечилось 44 пациента: 15 женщин и 29 мужчин. Характерная картина при УЗИ исследовании (расплывчатые, нечеткие и неровные контуры поджелудочной железы, неоднородность ее структуры, наличие асцита), клинические признаки тяжелого панкреатита, наличие оментобурита, данные ФГДС и лабораторные показатели становились основанием для диагноза. Части больных выполнялось лапароскопическое исследование, у оперированных больных диагноз подтверждался интраоперационно.

#### **Результаты лечения больных в 1972-91 годах**

Показаниями к ранним операциям у больных с установленным диагнозом ОДП стали: ферментативный перитонит - у 22 пациентов, нарастающая желтуха - у 4, вклиненный камень папиллы - у 6, панкреатогенный шок, не поддающийся консервативному лечению - у 4, острая почечная недостаточность - у 1. Выполнены: левосторонняя резекция поджелудочной железы - у 4-х пациентов, некрэктомия - у 15, у девяти из них расширенная за счет удаления парапанкреатической и забрюшинной клетчатки, холецистэктомия с папиллотомией - у 6 и холецистэктомия, завершенная дренированием холедоха - у 12. Всем больным дренировали сальниковую сумку, брюшную полость и забрюшинное пространство; 8-ми пациентам канюлировали правую желудочно-ободочную артерию с последующим введением специальных лекарственных "коктейлей".

В поздние сроки показанием к операции являлись абсцесс сальниковой сумки и гнойный парапанкреатит. Всем больным выполнена расширенная некр-

секвестрэктомия, завершенная у 10-ти дренированием сальниковой сумки и забрюшинного пространства, у 3-х - проточно-промывным дренированием и еще у 3-х - наложением лапаростомы с плановыми санациями брюшной полости.

18 больных из обеих групп (11 из первой и 7 - из второй) были впоследствии повторно оперированы по поводу прогрессирующего гнойного процесса: двум пациентам в связи с аррозивным кровотечением выполнена резекция поджелудочной железы, остальным - расширенная некрсеквестрэктомия, вскрытие и дренирование поддиафрагмальных и забрюшинных гноевых очагов.

Всего умерло 11 больных (20,8%), из них 3 - в ранние сроки (все - после левосторонней резекции поджелудочной железы) и 8 - в поздние, из них 5 первично оперированных в ранние сроки и 3 - первично оперированных в поздние. Причиной смерти стали прогрессирование гнойно-септического процесса и тяжелая интоксикация. Таким образом, из 37 больных, оперированных первично в ранние сроки, умерло 8 больных (21,6%); из 16 пациентов, первично оперированных в поздние сроки, умерло 3 (18,7%).

#### **Результаты лечения больных в 1992-97 годах**

В зависимости от тактики проводимого лечения и фазности течения патологического процесса мы выделили три группы: 1) больные, оперированные в фазе некроза и формирования асептических секвестров до развития гнойного расплавления - 19 пациентов; 2) больные, первично оперированные по поводу гнойно-септических осложнений ОДП - 6 пациентов; 3) неоперированные больные или оперированные в фазе реституции - 19 пациентов.

Восемь больных были оперированы первично в клинике на 2-7-е сутки от начала заболевания, один больной был оперирован на 16-е сутки, но состояние процесса в железе соответствовало фазе асептической секвестрации. У большинства пациентов показанием к операции служило отсутствие эффекта от проводимой консервативной терапии или

ухудшение состояния, развитие интоксикационного психоза, панкреатогенного шока или полиорганной недостаточности, нарастающая механическая желтуха. Производилась некр- или секвестрэктомия, расширенная за счет удаления парапанкреатической и забрюшинной клетчатки, у 3 - холецистэктомия, у одного из них - с трансдуоденальной папиллотомией, двум больным для декомпрессии поджелудочной железы произведена продольная вирсунготомия с дренированием наружу проксимального и дистального концов железы. Всем больным дренировали сальниковую сумку, брюшную полость и забрюшинное пространство; одному больному была наложена лапаростома, в дальнейшем ему было проведено 3 санации брюшной полости. Один больной в дальнейшем был оперирован повторно по поводу гнойного парапанкреатита: ему была наложена лапаростома, проведено пять санаций брюшной полости. В ближайшем послеоперационном периоде умерло двое пациентов: одна больная 71 года от острой сердечно-сосудистой недостаточности и больной, оперированный на 16-е сутки - от интоксикации и полиорганной недостаточности. В комплекс лечения остальным пациентам включалась экстракорпоральная детоксикация, проведено 32 гемосорбции (ГМС) на биоспецифическом антипротеазном сорбенте "Овосорб" (в среднем по 5,3 сеанса на пациента) и 1 ПФ.

У 11 больных, оперированных до развития гнойных осложнений, первичная операция производилась в центральных районных больницах Витебской области на 1-7 сутки от начала заболевания. Поводом к ней становилось подозрение на другое острое заболевание органов брюшной полости (9) или острый деструктивный холецистит (2). После лапаротомии и установления диагноза троим больным было произведено только дренирование брюшной полости, остальным семи - дренирование сальниковой сумки, причем у троих пациентов оно сочеталось с холецистэктомией. Повторно в ЦРБ были оперированы двое больных: одному выполнено дренирование сальниковой сумки и брюшной полости, второму наложена лапаростома.

Больные переводились в клинику на 1-5 сутки после операции (в том числе

повторной) из-за ухудшения состояния. У 4-х пациентов интенсивная консервативная терапия позволила избежать повторных вмешательств; все эти больные выжили. Семь больных были нами повторно оперированы в связи с развитием гнойных осложнений: одному проводили плановые санации брюшной полости после ранее наложенной лапаростомы, шестерым была наложена лапаростома в клинике после предварительной некрсеквестрэктомии, вскрытия абсцесса сальниковой сумки, абсцессов брюшной полости. Им проводились плановые санации брюшной полости (в среднем - по 4,4 санации на пациента). В комплекс лечения всем пациентам вводилась экстракорпоральная детоксикация: проведено 50 ГМС (в среднем 4,5 ГМС на пациента) и 2 плазмафереза (ПФ).

Из 11 больных, первично оперированных в ЦРБ, умерло 5 от некупирующегося гнойного процесса и интоксикации (45%); летальность в подгруппе больных, оперированных первично в клинике, составила 25%. Послеоперационная летальность всей группы больных, оперированных в "ранние" сроки, составила 36,8%.

Первично по поводу гнойно-септических осложнений ОДП оперировано 6 больных (пациенты, которые были первично оперированы в фазе некроза и секвестрации и впоследствии оперированные по поводу гнойного процесса, рассмотрены в первой группе). Одна больная проходила лечение по поводу ОДП в клинике и оперирована на 18-е сутки из-за вскрывшейся кисты поджелудочной железы; ей выполнено дренирование кисты, санация и дренирование брюшной полости. Пять пациентов были переведены из ЦРБ на 18-20 сутки от начала заболевания и были оперированы. Двое по поводу абсцесса брюшной полости, у одного в сочетании с кистой поджелудочной железы. По поводу вскрывшейся в брюшную полость постнекротической несформировавшейся кисты поджелудочной железы оперирован один больной, еще один - с разлитым фибринозно-гнойным перитонитом. Один пациент был оперирован первично в ЦРБ по поводу абсцесса брюшной полости и на 8-е сутки после опе-

рации был переведен в клинику, где повторно оперирован по поводу вскрывшегося абсцесса брюшной полости и разлитого перитонита.

У 2-х пациентов выполнены санация и дренирование брюшной полости, оба были впоследствии повторно дважды оперированы: один пациент по поводу эвентрации и острой кишечной непроходимости, второй - гнойного парапанкреатита и внутрипеченочных абсцессов и аррозивного кровотечения. Троице пациентам наложена лапаростома, проводились плановые санации брюшной полости (пять, две и шесть санаций). В комплекс лечения всем больным включалась экстракорпоральная детоксикация, проведено 21 ГМС (в среднем по 3,5 ГМС на пациента). Из шести больных умерло трое: от массивной ТЭЛА (1), острой сердечно-сосудистой недостаточности в ближайшем послеоперационном периоде (1) и от аррозивного кровотечения через 2 недели после операции (1).

19 больных с ОДП велись консервативно. Они получали антибиотики, инфузионную терапию, проводилась продленная перидуральная анестезия; в качестве препаратов, воздействующих непосредственно на процессы в самой железе, внутривенно применялись 5-фторурацил и сандостатин (стиламин). В комплекс лечения включалась экстракорпоральная детоксикация, проведено 62 ГМС (в среднем по 3,3 сеанса на больного) и 1 ПФ. Улучшение самочувствия наступало, как правило, на 3-5 сутки, хотя у ряда больных наблюдалось затяжное течение (до 7-14 и даже 30 суток). Часть больных выписано с определявшейся при УЗИ постнекротической кистой поджелудочной железы, но при повторном поступлении для профилактического осмотра киста не обнаруживалась. Семь больных были оперированы нами через 2-3 месяца, им проводилась холецистэктомия и санация желчных путей, внутреннее или наружное дренирование постнекротических кист. Одному больному произведена холецистэктомия через один месяц после поступления в стационар по поводу ОДП, после операции у него развился гнойный парапанкреатит, осложнившийся аррозивным кровотечением. Послеоперационной летальности в этой группе не отмечено.

Всего в группе умерло двое больных, поступивших в крайне тяжелом состоянии и находившихся в отделении соответственно одни и трое суток: один поступил в состоянии гипергликемической комы, второй - панкреатогенного шока III степени с развитием острой почечной недостаточности; у последнего на аутопсии обнаружен рак почки. Общая летальность в группе составила 10,5%.

## ОБСУЖДЕНИЕ И ВЫВОДЫ

Общепризнано, что лечение должно быть патогенетически и патоморфологически оправданным. Согласно современным воззрениям на сущность патогенеза и патоморфоза ОДП, очаги панкреонекроза, панкреонекроза и демаркационная зона первично асептичны, причем дальнейшее течение процесса может пойти как по септическому, так и асептичному пути (В.С.Савельев, 1986). Более-менее отчетливое секвестрирование некротических тканей наступает лишь спустя 3-4 недели от начала острого панкреатита (С.А.Шалимов и соавт., 1990). Поэтому раннее вмешательство не является радикальным, а скорее относится к методам "хирургической детоксикации" (В.И.Филин и соавт., 1994).

Развитие медицинских технологий и хирургической техники открыли новые возможности в лечении. Главными предпосылками пересмотра тактики лечения больных с ОДП для нас стало, во-первых, внедрение в широкую практику методов экстракорпоральной детоксикации, в частности гемосорбции на биоспецифическом антипротеазном сорбенте "Овосорб", применение которого наиболее патогенетически оправданно и хорошая гемосовместимость которого делает операцию гемокоррекции нетравматичной, во-вторых, применение лапаростомы с программированным лаважом брюшной полости сделало лечение перитонитов (в случае развития гнойных осложнений) более перспективным. Наконец, широкое применение УЗИ аппаратуры и лапароскопии совершило прорыв в области диагностики.

Новые возможности диагностики и лечения отразились на результатах: ис-

ходы в группе больных, леченных консервативно, выглядят намного предпочтительнее исходов у больных, оперированных в фазе асептической секвестрации (в "ранние" сроки), особенно с учетом того, что в двух летальных случаях в группе консервативного лечения выбор тактики вряд ли оказал бы влияние на результат. Если исключить 10 больных, оперированных первично в ранние сроки в ЦРБ, из 15 пациентов, находившихся у нас на лечении в 1996-97 годах, оперировано трое (20%), из них 1 - по поводу фибринозно-гнойного перитонита и 2 - в фазе некроза и секвестрации (один из них умер; умер также один неоперированный больной, общая летальность от ОДП составила 13%). Тогда как в 1992-95 годах из 18 пациентов оперировано 11 (61%), при этом умер один неоперированный больной и 4 - после операции (летальность 27,8%).

Опыт свидетельствует, что проведение оперативного вмешательства на высоте интоксикации связано с высоким риском, а польза от него в фазе некроза и асептической секвестрации невелика: от радикальных операций типа левосторонней резекции поджелудочной железы мы отказались и выполняем только по поводу аррозивных кровотечений, паллиативные же операции травмируют железу, разрушают демаркационный вал и усугубляют эндотоксикоз, послеоперационный период протекает тяжело даже при отсутствии на момент операции выраженной интоксикации. Инфицирование зоны поврежденной железы и брюшной полости нередко делают ситуацию драматичной, а перспективы лечения - сомнительными.

По нашему мнению, показанием к оперативному вмешательству в ранние сроки служит нарастание желтухи при вклиненном камне папиллы с нарушением проходимости вирсунгова протока - при невозможности эндоскопической папиллотомии, и сочетание панкреатита с деструктивным холециститом. Для дифференциальной диагностики в неясных случаях должна использоваться лапароскопия, при которой аспирируют токсический выпот и дренируют брюшную полость. Современные мощные методы экстракорпоральной детоксикации при правильном подходе к кратности

процедур и длительности межсорбционных промежутков позволяют, как правило, справиться с тяжелой эндогенной интоксикацией, а продленная перидуральная анестезия позволяет защитить кишечник и купировать сопутствующий тяжелому панкреатиту парез, а также улучшить микроциркуляцию в зоне поражения и решить проблему болевого синдрома. В литературе встречается сдержанное отношение к продленной перидуральной анестезии при ОДП (В.И.Филин и соавт., 1994), однако мы осложнений, связанных с ней, у больных данной категории не наблюдали.

Неэффективность проводимой консервативной терапии и даже ухудшение самочувствия на фоне такой терапии не являются показанием к операции. Ухудшение состояния больных после проведения сеанса гемосорбции чаще всего связано с развитием так называемого "постперфузионного синдрома рециркуляции" - дренированием несанированного очага эндотоксикоза и зон редуцированного кровообращения через гемический сектор вследствие улучшения микроциркуляции. Выходом служит адекватная предсорбционная подготовка больного и повторная сорбция через 6-8 часов. С другой стороны, при установленном диагнозе ОДП следует начинать эфферентную терапию до развития симптомов тяжелой эндогенной интоксикации.

Если же операция начата - то ли вследствие диагностической ошибки, то ли как осознанный выбор, - следует верно выбрать объем вмешательства, ибо от него во многом, как видно из результатов лечения, зависит исход заболевания. Ни в коем случае нельзя ограничиться простым дренированием брюшной полости - следует поднять и абдоминализировать железу, дренировать сальниковую сумку и брюшную полость и наложить ограниченную лапаростомию в верхнем этаже брюшной полости. При нарушенной проходимости вирсунгова протока на уровне головки или перешейки железы можно выполнять вирсунготомию, но небольшое число наблюдений пока не позволяет нам рекомендовать эту операцию в широкую практику.

## ЛИТЕРАТУРА

1. И.С. Белый, В.И. Десятерик, Р.Ш. Вахтангишвили, "Деструктивный панкреатит", Киев, 1986.
2. В.Н. Лекторов, "Комплексное лечение острого панкреатита в период формирования некроза." Автореф. дисс. ... канд.мед. наук. Витебск, 1995.
3. Н.А. Лопаткин, Ю.М. Лопухин, "Эфферентные методы в медицине", М., 1989.
4. Ю.М. Лопухин, М.Н. Молоденков, "Гемо-сорбция", М., 1986.
5. Ю.А. Нестеренко, В.В. Лаптев, "Диагностика и принципы лечения деструктивного панкреатита" // "Панкреонекроз (диагностика, лечение)". М., 1986.
6. Р.Т. Панченков и соавт., "Лимфосорбция", М., 1982.
7. Ю.М. Панцырев, В.И. Ноздрачев, С.Н. Орлов, "Вопросы хирургической тактики при панкреонекрозе" // "Панкреонекроз (диагностика, лечение)". М., 1986.
8. В.С. Савельев, В.А. Кубышкин, Г.Б. Казанцев, "Роль прогнозирования течения панкреонекроза в выборе лечебной тактики" // "Хирургия", № 9, 1988.
9. В.И. Филин, А.Л. Костюченко, "Неотложная панкреатология", СПб., 1994.
10. Т.Н. Чудакова, В.В. Кирковский и со-

авт., "О диагностике и лечении острого панкреатита" // Материалы XI съезда белорусских хирургов, Гродно, 1995.

11. А.А. Шалимов, С.Е. Подпратов, "Хирургическое лечение острого деструктивного панкреатита" // "Клин. хирургия", № 11, 1984.

12. С.А. Шалимов, А.П. Радзиховский, М.Е. Ничитайло, "Острый панкреатит и его осложнения", Киев, 1990.

## SUMMARY

### CHOICE OF THE METHODS OF TREATMENT PATIENTS WITH ACUTE DESTRUCTIVE PANCREATITIS

U.B. Martow, G.M. Galushkov,  
O.M. Vasilyev and oth.

The results of treatment of 97 patients with acute destructive pancreatitis are analysed. Non-surgical treatment in a phase of necrosis and aseptic sequestration with a wide use of extra-corporal detoxication contributed to decrease a incidents of letal outcomes. Patients with acute destrutive pancreatitis must be operated in cases of mechanical jaundice due to gall stone in papilla and acute destructive cholecystitis.